

その実践的活動を通して心身障害児 の教育のあり方をさぐる (1)

脳性マヒ児への心理療法的接近

門 前 豊 志 子

I はじめに

A. 心身相関の人間理解

教育活動が、ひとりびとりの可能性の追求をめざすものであるとすれば、それは正常児のみならず、障害児も含めて、心理的にも身体的にもそれぞれ異なった状態にあるひとりびとりを、より深く、より適切に、理解してゆくことが必要である。つまり心身相関的な人間理解の立場で、ひとりの子どもの可能性をみつめてゆくことが大切となろう。

とくに、乳幼児期から思春期における身体的な発達の変化は、同時に心理的にも大きな影響を与える。身体的に不安定な状態は、同時に心理的にも不安や劣等感などの心理的ストレスを強めるし、又、逆に、心理的に不安定な状態は、同時に、身体的にも不安定な状態や病的症状を呈することになる。

このように、身体と精神・心理がきわめて相関連して、ひとりの人間の行動を支配することは周知の事実である。

従って人間の行動を、心身両面の機能の健全性を中心に把握し、理解してゆくことが何よりも重要である。

B. 発達の諸相と教育

以上の観点より、教育の場では、心身の発達段階に応じた学習課題や、発達課題が与えられることが必要であり、正常な発達の過程をふまえながら、正常な発達から逸脱した状態にある幼児や児童に対して、どのようなかわり方や学習課題が適切であるかということが問われる。

たとえば、身体運動機能の発達を例にとってみても、スプーンの使用が可能な段階を経てハシの使用が可能な段階へと移行するし、三輪車から自転車进行操作することが可能になったり、ハイハイからつかまり立ちを経て歩行が可能になったりするようにモータースキルの発達に応じて、その段階にふさわしい学習課題が遂

行されてゆくのである。

又、性格形成の面においても、自我のめざめから自我の確立に至る一連のプロセスを経て、未成熟な自我機能は、より成熟した自我へと再体制化され、統合されてゆくことが認められる。更に知的・情緒的な面における諸機能の発達には、感情生活を豊かにし、自己中心的な生活から他我を受け入れて社会性を獲得してゆくと共に、身体運動機能の発達と相関連して、子どもの生活空間を拡大し、行動半径や知識を拡げ、単純な思考や動作から、より複雑な思考や動作を可能にしてゆく。

従って人間の行動を理解し、可能性をしっかりと把握するためには、正常な発達段階での心身の諸機能の状態を認識し、その子供が正常な場合は、発達段階に応じた課題が与えられるべきであるし、障害児であれば、発達のどの段階における歪みや遅れであるか、又どの程度であるか、といった点を心理学的に十分把握することが、教育上必要となろう。

C. 心身障害児の治療教育

一口に心身障害児といっても、その程度や症状は複雑多岐にわたるが、いずれも身体的心理的ハンディキャップによって、不適応な状態にある子供たちである。

特に重度ちえ遅れや、身体障害の程度の大きい幼児・児童は、教育の機会も満足に与えられなかったり、教育の機会を失っていたりすることが多い。

又、形式的には、就学していても、実際は長期欠席になっていたり、就学猶予や就学免除のたてまえの下で、在宅を強いられている場合もまだまだ認められる。

しかしながら、これらとは反対に、障害児をよりよく理解し、その可能性を出来るだけ伸ばしていこうとする積極的な教育の対策が考えられ、実施されてきつつあることも歪めない現実である。

つまり、正常児を十分理解してはじめて、正常とは異なる児童の存在を認識し、より深く理解することに

なると同時に、障害のある児童の存在は、逆に障害のない正常な児童のなかではじめて、より明確に理解すべき対象として位置づけられることになるのではないかと考えられる。

従って、障害児に対しては、正常児に対する以上の教育的配慮が望まれるし、同時に、臨床心理学における心理療法的な接近がなされることが望まれる。

以上のような、教育的、心理学的観点に立って、障害児心理治療教育の一環として、特に脳性マヒ児の心理リハビリテーション活動に参加し、その実践活動を通し、障害児の教育のあり方を検討してみたい。

研修場所は、九州大学教育学部心理リハビリテーションセンターにおける心理療育キャンプその他である。

Ⅱ 脳性マヒ児への心理療法的接近

A. 心理療育キャンプの参加報告

まず参加した心理療育キャンプは、以下の通りである。

- ① 1973年 3月29日—4月3日 久留米聖ルチアキャンプ
- ② 1973年 8月2日—8月10日 やすらぎ荘キャンプ
- ③ 1973年 8月36日—9月1日 九重朝日キャンプ
- ④ 1973年 4月—10月の隔週の土日の一泊キャンプ
- ⑤ 1973年 5月3日—5日催眠シンポジウム
その他である。

第1表 心理療育キャンプ九重朝日プログラム

	24 (金)	25 (土)	26 (日)	27 (月)	28 (火)	29 (水)	30 (木)
7:00		起床朝の会	起床朝の会	起床朝の会	起床朝の会	起床朝の会	起床朝の会
8:00		朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食
9:00		休憩	休憩	休憩	休憩	休憩	休憩
10:00		くんれん	くんれん	くんれん	くんれん	くんれん	くんれん指導
11:00		機能測定 遊戯活動 母親の会	機能測定 遊戯活動 母親の会	機能測定 遊戯活動 母親の会	機能測定 遊戯活動 母親の会	機能測定 遊戯活動 母親の会	効果測定
12:00		昼食 休憩	昼食 休憩	昼食 休憩	昼食 休憩	昼食 休憩	昼食式
1:00	受付 開会式	くんれん	くんれん	くんれん	くんれん	くんれん	解散
2:00		ひるね	ひるね	ひるね	ひるね	ひるね	
3:00	予診	集団心理 療 法 おやつ	ピクニック	集団心理 療 法 おやつ	集団心理 療 法 おやつ	集団心理 療 法 おやつ	
4:00				くんれん	くんれん	くんれん	
5:00	入浴	くんれん		くんれん	くんれん	くんれん	
6:00	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	
7:00		入浴	入浴	入浴	入浴	母親面接	
8:00	くんれん	集団 討議	集団 討議	集団 討議	キャンプ ファイヤー	トレーナー入浴	
9:00	母親面接					トレーナー ミーティング 入浴 (母と子)	
10:00	トレーナー ミーティング	トレーナー ミーティング	トレーナー ミーティング	トレーナー ミーティング	トレーナー ミーティング	トレーナー ミーティング	

第2表 動作アウトライン・テスト抜粋

	立 て ない						立 て る				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
ひとり立ち	腰を支えても脚がきかない	腰を支えても上体が安定しない	ひざ立ち	腰を支えてやれば立てる	手を支えてやれば立てる	つかまり立ち	立てるがすぐ倒れる	正しいが長続きしない	不安定だが持続できる	恰好は悪いが安定している	正しく安定している

B. キャンプ訓練過程

上記の心理療育キャンプ、一泊相談においては、スーパーバイザーの指導の下に、訓練者（トレーナー）と被訓練者（トレーニー）が、一対一の人間関係で、リハビリテーション訓練を行なう。

一週間キャンプにおけるスケジュールは表1に示す通りである。

まず予診で、所長成瀬が、被訓練者の身心の状態の診断を行なうが、そのポイントとしては、肩、首、腰、足首、など身体の主要な部分における緊張はどうかということを中心にその程度と部位が指摘される。

次にチェック・リスト（表2、図1参照）に従って単位動作（手をにぎる、手をあげる、握手が可能かなど）はどうか。又、立てるか座れるかなどが測定される。歩行可能な被訓練者については、基本動作の検討がなされる。かかる予診の結果をチェック・リストに明記する。

キャンプの訓練目標としては、1週間キャンプの場合であれば、遅くとも3日目までに全身のリラクゼーション（弛緩）をさせ、肩、腰、など特に不当に強い緊張を弛緩させる。

被訓練者の年齢が低いとか、理解力がやや劣るとい場合以外は、自分で力が入りすぎているとか、入りすぎていないとかの感覚を身体で覚えさせることに主眼をおき、うまく力がぬければ賞讃してやり、間違っで力が入ったり、ぬけ切っていない場合は、その間違いが修正できるまで根気よくフィードバックしつつ修正できるようにする。

2日目には、被訓練者が、訓練を嫌がって逃げたり、泣いて訓練を拒否するという、いわゆる抵抗を示すことがあるが、訓練者は、被訓練者の心の動きや身体状

態を把握しつつ訓練への動機づけをする。

3日目からは、被訓練者の訓練も軌道にのりはじめると同時に、訓練に対する意欲もすこしずつ増加する。従って弛緩訓練に加えて単位動作、歩行動作を開始させる。

歩行動作は、かかと踏み、体重のせ、重心移動に最初重点をおき、5日目、6日目からは、歩行訓練をさせる。

最終日は、7日間行なった訓練の総まとめと母親へ、指導の実際を伝達する。

この一週間キャンプの訓練過程は、心理療法のプロセスときわめて類似している。即ち治療の初期は、治療者（セラピスト）と被治療者（クライアント）との信頼関係（ラポール）が、確立される時期であり、中期は、セラピストへの甘えがさまざまな抵抗の様式をとって、たとえば、泣く、逃げる、嫌がる、攻撃的になる、などで表出される。セラピストがこの抵抗を受けとめ、クライアントの甘え（退行）を受容することによって、更にラポールはつよまり、抵抗は軽減し、安定した状態で自立への志向がはじまる。治療後期は、セラピストからの独立の時期で、自ら積極的、意欲的になり、自信ある行動がとられるようになる。セラピストへの依存や甘えは、もはや不必要となり自我は再体制化され、より高次の次元へと発展することが認められる。心理療法のこの一連のプロセスと、リハビリテーションの訓練過程とは治療の対象こそちがえ、きわめて類似したプロセスを辿るといえる。

訓練は、1日3回、約1時間ずつ行なうが、訓練以外の時間には、集団心理療法活動、ハイキング、キャンプ・ファイヤーなど集団への凝集性を高め、トレーナーとの交流や、訓練者、スーパーバイザーとの人間的触れ合いの場がもたれる。

しかも母親とは別々に行動させ、母親は、母親同志の話し合いや、掃除、食堂の配膳など、プログラムのスケジュールに従って、行動し、母親自身も、キャンプに参加しているという意識を明確にし、子供の状態を客観的に把握できる機会を与え、不必要な不安や干渉を軽減させ、訓練指導の実際を母親にも経験させる。

かかる一週間キャンプで訓練者が留意すべき点は、まず第1に、訓練箇所を多くせず、2、3カ所の部位を訓練課題として、弛緩訓練などを行なうことであり、第2に、訓練者はあせらず、子供のペースにのって訓練するがコミュニケーションによるフィードバックを怠らないことが肝要である。第3に、一週間キャンプは集団生活の場であり、訓練の場でもあるから、子供

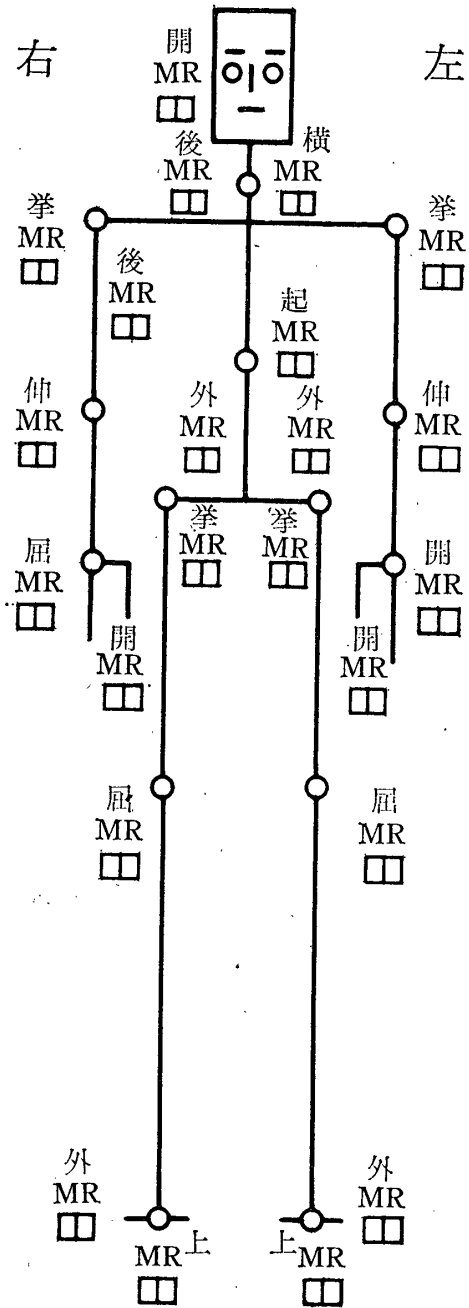
第1図 単位動作検査票（簡便型）

Code No. _____

氏 名

検査日

検査者



評価の基準

M (MOTION)

- 1 まったく動かない
- 2 かなり動く
- 3 やや動かせる
- 4 かなり動かせる
- 5 まったく（自由に）動かせる

R (RELAXATION)

- 1 まったく抜けない
- 2 ほとんど抜けない
- 3 やや抜ける
- 4 かなり抜ける
- 5 まったく（自由に）抜ける

の心理面での変化に注意し、心理治療的な配慮をしつつ、訓練が家庭や学校へ帰ってからも行なわれるようにすることと、キャンプ後のアフターケアが必要となることである。

C. 心理リハビリテーション活動の意義

従来、リハビリテーションということばは社会復帰という意味で使用され、特に成人であれば何らかの精神的、身体的障害のための機能改善の訓練や、社会復帰のための作業の従事などがその主な訓練方法であった。

従って訓練や作業の性質は、機械的で単純なものが大部分で、被訓練者に対しても、ひとりの「心」をもつ人間として扱うのではなく、「物体」のような扱いで訓練に従事させる場合が多いことは、歪めない現実といえよう。

しかるに、成瀬の提唱する心理療育キャンプにおける方法や扱いは、従来の目的と同様社会復帰のための生活指導や心構え、態度の形成と、運動機能改善の二つの面を主としながらも、特に、機能訓練の分野にメスを入れ身体運動や運動機能といわれるものが、生理的、物理的なメカニズム以外にも、主体の意図や意志によって機能されることに着目し、人間の動作の複雑なメカニズムを心理的に解明しつつ、実際の訓練技法においても、従来の方法とは異なる心理療法的な訓練法を樹立させ、過去10年間にわたる実践活動を通してその成果を如実にあげているのである。

基本的には、ひとりの人間としてかわっていくことをまず大前提として、訓練者と被訓練者の心の交流を通してこそ最も有効な訓練や治療が展開されるとするのである。

つまり訓練される側の心の準備（レディネス）や動機づけ（モチベーション）を高め、訓練へのおそれ、不安、拒否などの抵抗を軽減させながら、訓練をやろうとする意欲や意志を湧きたたせ訓練の結果や成果を常にフィードバックしつつ学習意欲を一層昂めることが、訓練を成功させる必要且つ十分条件になると考えられる。

従って、どんな性質の訓練をするか（What is training）ということと共に、どんな風に訓練をしていくか（How to training）という訓練のプロセス（リハビリテーション・プロセス）が重要な要因となる。

かかるリハビリテーション活動は、養護学校の学級経営やカリキュラム編成をはじめ、病院や施設におけ

る医師と患者の信頼関係を深め、治療を促進させる源動力となることはまちがいない。

D. 脳性マヒ児の動作困難の特徴と訓練課題

脳性マヒ児における動作を観察すると、正常児とはやや異なる動作の特徴を示す。

彼らは、自らが意図する動作と、それを遂行するための身体運動との関係において、動作の困難を示すことが多い。

たとえば、手を伸ばそうと意図しながらも身体の運動としては、逆に曲がってしまったり、まっすぐに歩こうと意図しながらも千鳥足のように左右にしか歩けなかったりする。

また、名前を問われて、答えようと一生懸命になればなるほど、肩や手に力が入り、肝心の声もでなくなるといふ子供に出くわすこともある。

従って、彼らが、彼ら自身なりに、自らの身体的運動の不自由さを受け入れ、自分なりに自分にとって最も都合のよい方法での動作パターンを獲得してしまったような場合は別として、大部分の子供は、彼らの意図通りに動作を遂行することを希求し、その実現に努力する。

脳性マヒ児では、本質的な肢体の不能や欠陥が認められないにもかかわらず、動作において不自由な状態や、動作困難な状態を顕著に示しているといえよう。

この動作困難をひきおこす主な原因として上述の例にみられるような心理的緊張や、過去の経験、学習による身体運動学習の結果や身体的疲労などが考えられる。

なぜなら、これは、睡眠中や気分安静下では、彼らの身体が弛緩し、柔らかくなること又、覚醒時では不可能な動作が可能となることなどからも明らかである。

従って、この過剰緊張処理のための弛緩訓練が、訓練課題の第1となる。この弛緩訓練によって、必要な動作遂行のための不当緊張が解消され、動作困難な状態が緩和されることになる。

次に、弛緩訓練が軌道にのり、身体の不当な緊張が緩和されると動作訓練（単位動作）が必要となる。この動作訓練においては、種々の単位動作を習得させながら、過去の学習による誤り動作を改善し、正しい動作を習得させてゆくことに主眼点をおくことが必要である。

第3に、究極の訓練課題としての基本動作訓練（主に歩行、書字、発声）がある。なかでも、歩行訓練は、前傾姿勢の維持にもとづいて、かかとあげ、かかと踏

み、交互かかとあげをはじめ、重心移動、体重のせから、片足あげ、交互片足あげ、歩行動作と段階的な歩行訓練のプログラムが課せられる。

従って、動作困難な身体部位が判明すればその程度に応じて、その部位を重点的に考慮し、訓練することは、きわめて効果的な方法であるといえよう。

Ⅲ 実験報告

1. 脳性マヒ児の立位と片足立ちにおける腰線について

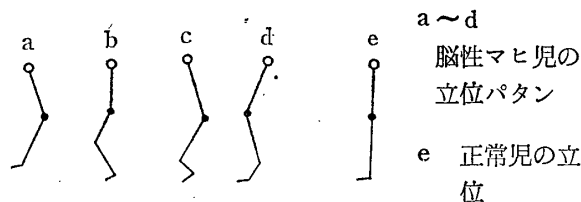
2. 実験目的

動作訓練の最終的な目的は、立つ、歩く、ということにある。

立つことは、一見簡単に思えるが、二本足の重心のとり方、上体の維持のための腰や足の支え方、足首や腰、肩への力の配分など立つためには適当なバランスと緊張とを維持してゆくことが必要となる。

脳性マヒ児の立位にみられる幾つかのパタンは、立位の状態を維持することの困難さを示しているといえよう。(図2参照)

第2図 脳性マヒ児の立位パタン



(成瀬悟策著「心理リハビリテーション」誠信書房参照)

立つためには、身体の主要な部位が相互に均衡を保ち、全体としてバランスのとれた状態を保持することが必要となるが、脳性マヒ児では、立位と片足立ちにおいて身体どの部位がどのように関連して立位や片足立ちに影響を与えているかを検討することを目的とした。

3. 実験方法

a. 実験場所と日時

1973年8月2日-10日 やすらぎ荘キャンプ

1973年8月24日-30日 九重朝日キャンプ

b. 実験対象 3才から16才までの脳性マヒ児32名、内訳は以下の通りである。

c. 実験方法

c-1 個別法で、立位と片足立ちをそれぞれさせる介添えが必要な場合は後方より支えてやる。

年 令	性 別		合 計
	男 児	女 児	
3才		1	1
4	1		1
5	3	7	10
6		1	1
7			
8	2		2
9	1		1
10	4	5	9
11	4		4
12	1		1
15		1	1
16	1		1

c-2 指示

指示1「ひとりで一番良い姿勢で立ってごらん。

頭はまっすぐ向けて、肩の力をおとしてらくにして立ってごらん。」

指示2「右足をふまえて、反対の左足をあげてごらん。

頭はまっすぐにして体がたおれないようにして立ってごらん。」

指示3「左足をふまえて、反対の右足をあげてごらん。

以下指示2と同様。」

c-3 評定項目、身体各部位の関連性を把握するために第2表の如き評定票を作製し、32名の対象各々について評定を試みた。

実験上の留意点としては、立位、片足立ちそれぞれ二試行ずつ行ない、信頼性を高めるようにした。又、訓練効果による影響を最小限度にとどめるよう配慮した。

4. 結果とその考察

実験結果は以下に示す第3表から第10表の通りである。 χ^2 検定 .5%, 1%, 2.5%水準でそれぞれ有意差を生じた場合は、*印を表の下に付してある。*** は、.5%水準で有意差が認められたことを示し、**は1%水準*は2.5%水準で有意差を生じたことを示している。

以上の結果より、順を追って考察してみると、まず立位のさいのり足は、右のり足児が19名で、左のり足児が10名、約2:1の割合で右のり足児が多い。

のり足というのは、重心をより多くその足にかけて

第 3 図

評 定 票

立位と片足立ちにおける腰線について

測定年月日

回 数

評 定 者

氏 名

♂ ♀

生年月日

		評 定 項 目	
立 位		1 側 わ ん	右 左 ナ シ
		2 の り 足	右 左
		3 腰線の位置	右上り 0 1 2 左上り 0 1 2 下り 0 1 2 下り 0 1 2
		4 ひざのまがり	屈 曲 伸 展 普 通
		5 くびの傾き	右傾斜 左傾斜 普 通
		6 肩の傾き	右上り 0 1 2 左上り 0 1 2 下り 0 1 2 下り 0 1 2
片 足 立		1 側 わ ん	右 左 ナ シ
		2 腰の移動	前 後 ナ シ
		3 腰線の位置	右上り 0 1 2 左上り 0 1 2 下り 0 1 2 下り 0 1 2
		4 ひざのまがり	屈 曲 伸 展 普 通
		5 くびの傾き	右傾斜 左傾斜 普 通
		6 肩の傾き	右上り 0 1 2 左上り 0 1 2 下り 0 1 2 下り 0 1 2
ち		1 側 わ ん	右 左 ナ シ
		2 腰の移動	前 後 ナ シ
		3 腰線の位置	右上り 0 1 2 左上り 0 1 2 下り 0 1 2 下り 0 1 2
		4 ひざのまがり	屈 曲 伸 展 普 通
		5 くびの傾き	右傾斜 左傾斜 普 通
		6 肩の傾き	右上り 0 1 2 左上り 0 1 2 下り 0 1 2 下り 0 1 2

体が倒れないように立位の姿勢を維持するのに必要な体のバランスをとる足のことである。従って、のり足が右の場合は、右片足立ちをさせると、のり足が左の

第3表 立位におけるのり足について

単位人数

のり足	右	左	両側	不能	不定
	19人	10	2	0	1 32人

第4表 立位と片足立ちにおける腰線の位置

単位人数

	右に上る	右に下る	左に上る	左に下る	水平
立位	12	1	4	0	15 32
右片足立ち	7	2	16	2	5 32
左片足立ち	18	1	10	1	2 32

*** $p < .5$

第5表 立位と片足立ちにおけるひざの伸展について

単位人数

ひざの状態	伸展	屈曲	普通
立位	15	7	9 32
右片足立ち	9	10	13 32
左片足立ち	11	9	12 32

第6表 立位と片足立ちにおけるくびの傾きについて

単位人数

	右に傾斜	左に傾斜	普通
立位	6	6	20 32
右片足立ち	14	8	10 32
左片足立ち	8	16	8 32

** $p < 1.0$

第10表 のり足との関係について

第10表の1 のり足側における片足立ちのときの腰の状態

右のり足児の右片足立ち	左のり足児の左片足立ち
左腰が上る 12	左腰が上る 4
左腰が下る 1	右腰が下る 5
その他 6	普通 1
右のり足児総数 19	左のり足児総数 10

* $p < 2.5$

場合に比べて、右片足立ちは上手にバランスがとれるわけであり、左のり足の場合はその逆となる。ところが、発達の、ようやく立つことを覚えたばかりであ

第7表 立位と片足立ちにおける肩の傾きについて

単位人数

肩の傾き	右に上る	右に下る	左に上る	左に下る	水平
立位	9	2	5	4	12 32
右片足立ち	8	9	10	4	1 32
左片足立ち	19	3	7	2	1 32

*** $p < .5$

第8表 片足立ちにおける腰の移動について

単位人数

腰の移動	前	後	普通
右片足立ち	1	20	11 32
左片足立ち	0	25	7 32

第9表 片足立ちにおける腰と肩の関係

	肩	左に上る	左に下る	右に上る	右に下る	普通
右片足立ち	右に下る	3	0	2	1	0
	右に上る	6	1	0	1	0
	左に上る	5	1	5	0	0
	左に下る	2	0	0	0	0
	普通	0	0	6	0	0
左片足立ち	右に下る	1	0	2	0	0
	右に上る	7	1	9	0	0
	左に上る	1	0	5	0	0
	左に下る	1	0	1	1	0
	普通	10	0	1	0	0

第10表の2 立位のときの右のり足、左のり足と腰線の関係

右のり足児の腰線	左のり足児の腰線
右腰が上る 8	右腰が上る 3
左腰が上る 3	左腰が上る 1
普通 8	普通 6

るとか、年齢が長じても、まだ十分に立位が可能でないような状態にある場合は、のり足がのり足として十分に機能しないことも考えられる。のり足と腰、肩との関係については、のちに第9表、第10表のところで考察する。

次に、立位、片足立ちにおける腰線の位置については、第4表に示すように、立位のときは腰が右に上るか、普通の状態に止まるかであり、右片足立ちでは、逆に左の腰が上がり、左片足立ちでは、右腰が上ることから、右足で立つときは、その反対の左の腰で倒れないように支え、左足で立つときも同様にその反対の右の腰で倒れないように支えることが明らかになった。ついでに肩との関係もみてみると第7表に示す通り、腰の状態と同じ傾向を示し、右片足立ちの場合は、その反対側の左の肩が上がり、左片足立ちの場合も、その反対側の右の肩が上がることを判明した。

以上、第4表と第7表に示された結果からのり足にかかわらず、立位の場合は、片足立ちに比べて、左右いずれにも腰や肩が上がったり下がったりしない水平の状態で姿勢を維持することができる場合が多いが、片足立ちになると、それぞれの片足立ちとは反対の側の腰と肩が上がって、それらに力を入れることによって上体を支える傾向があることが明らかに認められる。

第5表にみられるひざの屈曲・伸展に関しては、特にきわ立った特徴は認められず、立位のときは屈曲よりも伸展する傾向がつよいことが特徴的である。

第6表におけるくびの傾きに関しては、立位のときには、それ程くびの傾きに特徴は認められず、くびが左右いずれにも傾かない普通の状態で立っているのに対して、片足立ちになると、それぞれ片足で立った側に、くびが傾く場合が多いことが判明した。

くびは、上記で示された肩、腰とは逆の方向、つまり右片足立ちのときは、右にくびを傾けることによって、より正確に右足で立っているということを確かめるかのような印象をうけるが、これは、腰、肩が左に上がるために、必然的に首は右に傾かないとバランスがとれ難いということからの影響であるかもしれず、更に詳しい検討が必要となる。

腰と肩との関係を示した表が第9表である。この表より右片足立ちの場合は、腰が左に上がると肩が右に上がる場合と、左に上がる場合とが半々になっている。左片足立ちでも、全く右片足立ちの場合と同じ傾向を示している。

ここで特徴的なこととして、左片足立ちの場合は、

片足立ちと同じ側の腰（左）が上がる場合に、肩は左右いずれにも傾かないことが判明した。これは、のり足の機能に影響されるのではないかと考えて、のり足との関係をより詳しく調べた結果が第10表である。

この結果より、右のり足児の方が、左のり足児に比べ、圧倒的に、のり足と反対側の腰を上げることにより片足立ちを維持する傾向がつよいことから考えると、右のり足といっても、のり足の機能が十分果たされていないのではないかということである。ちなみに、右のり足児の年齢層は、5才—16才までの幅のある年齢に比べて、左のり足児は、10才前後に集中していることと、症状の程度が比較的軽度の段階や、訓練にかなり参加して家庭でも訓練を続けている児童の多いことなどから発達的に安定した状態で、のり足が機能しているのではないかということが考えられる。

従って、訓練においては、のり足の安定性に応じた訓練の必要があることと、早くから訓練を開始し、続行すること、正しい訓練法によって自己流の歩行や立位のパターンを修正し、のり足の不安定性をなくすようにすることが肝要となるのではないだろうか。

5. 今後の課題

今後は、立位や片足立ちをふくんだ歩行訓練、歩行動作と、のり足との関係について、発達的に、更に詳しく検討し、機会があれば症例研究法による検討も試みてゆきたい。

Ⅳ おわりに

今回脳性マヒ児の心理療育キャンプに参加し、その実践を通して、僅かの期間ながらも障害児にじかに接しつつ、障害とは一体どういうことなのだろうかと改めて考えてみる機会を得た。そして今後も機会があれば、教育の場における心身障害児の教育のあり方を、臨床心理学や発達心理学の立場から検討し、障害児教育を発展させる方向で、教育や心理療法のあり方をみつめてゆきたいと思う。

最後に、心理療育キャンプをはじめ、研修中、多々御指導頂いた成瀬悟策（九州大学教育学部教授）先生に深く感謝致します。

また、長期研修の機会を与えて頂きました当平安女学院酒井学長に感謝致します。

参 考 文 献

成瀬悟策 心理リハビリテーション 誠信書房1973